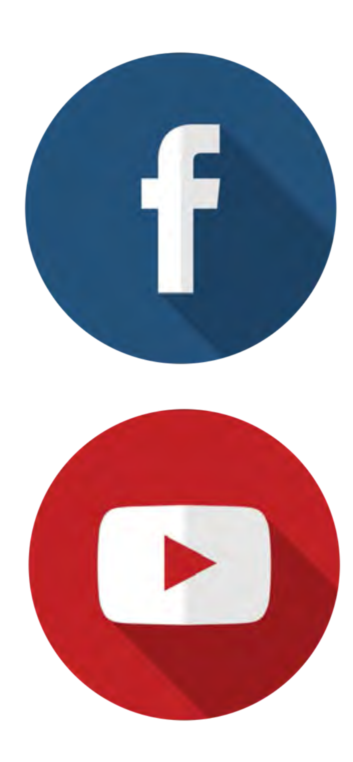
In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful







Clinique Chirurgicale « B »
Pr. CHAOU

# KYSTE HYDATIQUE DU FOIE

TD des Externes
19-10-2016

# DEFINITION

Le kyste hydatique du foie est une parasitose liée au développement kystique, au niveau du foie, de la forme larvaire d'un parasite appelé échinococcus granulosus granulosus





# INTERET

Pathologie fréquente dans les pays du bassin méditerranéen

Le cycle épidémiologique du parasite explique les différentes mesures préventives

Affection grave mettant en jeu un pronostic fonctionnel hépatobiliaire et digestif

Diagnostic: personne en zone d'endemie. Confirmé par l'échographie (classification de Gharbi), laTDM, l'immunohistochimie

Traitement, essentiellement chirurgical
Traitement médical n'a pas fait preuve d'une efficacité certaine;

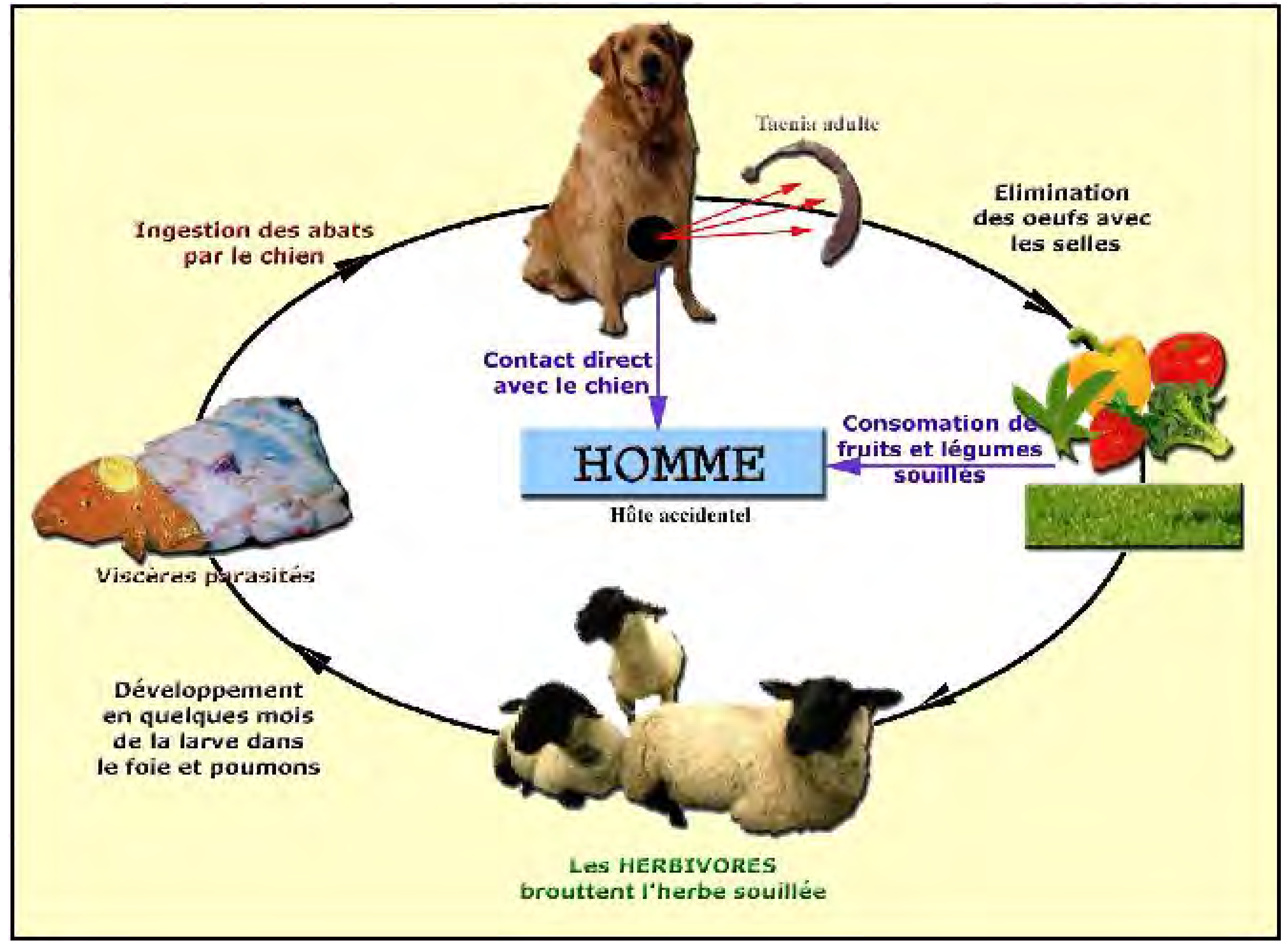
Le pronostic est globalement bon

# Epidémiologie / Maladie hydatique

Le cycle parasitaire se déroule en deux phases successives;

Stade adulte Hôte définitif = Chien +++, renard, loup

Stade larvaire ou hydatidose Hôte intermédiaire = Mouton +++



# ANATOMIE PATHOLOGIQUE

**Topographie:** Foie droit (65 %), foie gauche, bilatéral et Localisations extrahépatiques associées / Poumon, rate, péritoine..

**Nombre:** unique (65 % ), double, multiple (Miliaire hydatique)

**Constitution:** Profondeur à la superficie (membrane proligère + cuticule + perikyste)

**Histoire naturelle:**

Période initiale = kyste uni vésiculaire à contenu clair, perikyste mince et souple **(Type I)**

Accroissement du kyste ➡ Ischémie + Fibrose PK(Epaississement PK) ➡ ↘ Echanges hydro-ioniques ➡ ↘ teneur en eau du K ➡ ↘ Tension et décollement des membranes**(Type II)**

Erosion des canalicules biliaires et écoulement de bile entre le perikyste et les membranes parasitaires (Souffrance du parasite) ➡ Vacuolisation + Formation de vésicules filles**(Type III)**

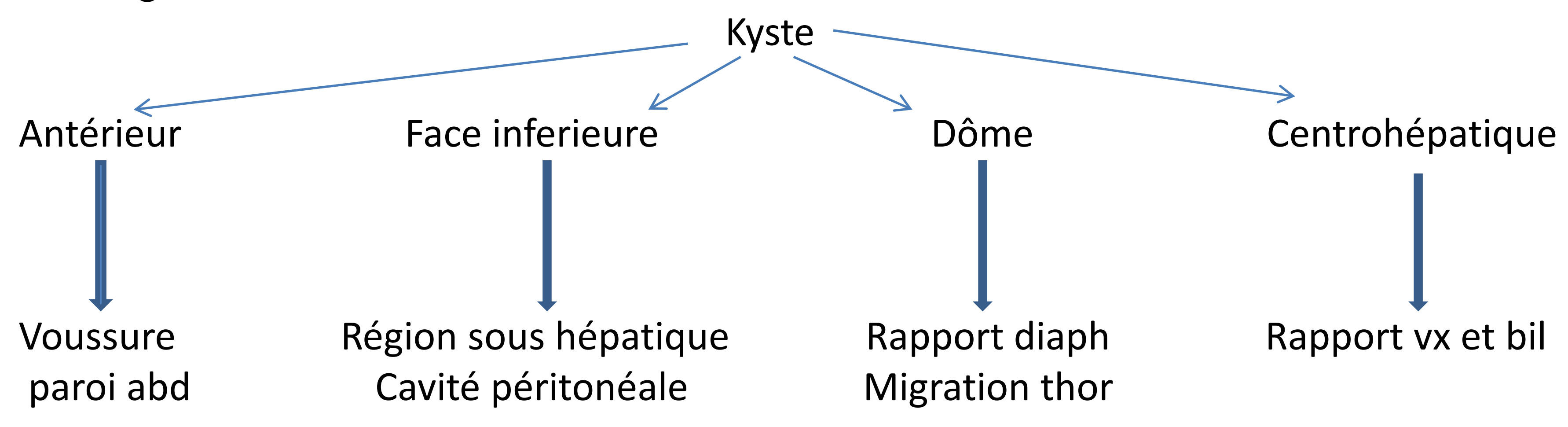
Epaississement du PK / Agression mécanique, chimique et bactérienne ➡ Kyste gélatineux **(Aspect pseudotumoral Type IV)**

Dépôts de sels de calcium sur le PK ➡ Coque rigide **(Type V )**

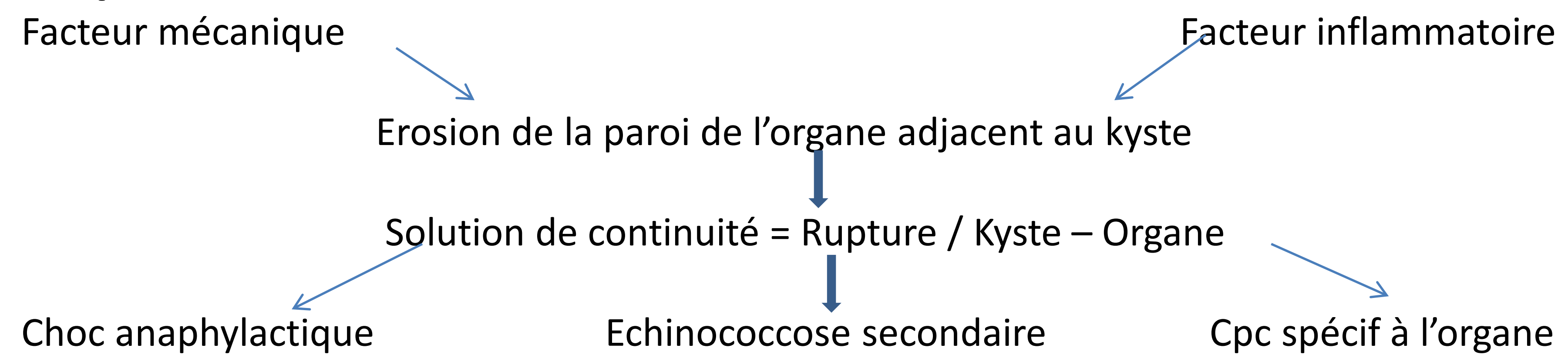
# Evolution anatomopathologiques / Complications:

**Infection:** Erosion des canalicules biliaires du PK + Ecoulement de bile ➡ Inoculation bactérienne du kyste ➡ Suppuration

**compressions:** ↗ volume du kyste ➡ Refoulement + Compressions des organes de voisinage






**L'ouverture dans le thorax:**

Au cours de leur développement, les kystes hydatiques du dôme et de la face postérieure du foie, entrent en contact avec le diaphragme et le refoulent. Souvent il s'agit de kystes multivésiculaire, bilieux et infectés

**L'ouverture dans la cavité péritonéale:** La rupture d'un kyste hydatique du foie dans la cavité péritonéale peut se faire de manière aiguë ou chronique.

# DIAGNOSTIC POSITIF

**Clinique:**

**Circonstance de découverte:**

Découverte souvent fortuite au cours d'une échographie

Découverte lors d'une complication

Découverte lors d'une expression clinique: ( 65% des cas)

Signe fonctionnel / dyspepsie, douleur de HCD / pesanteur

Examen physique: hépatomégalie = Expression clinique habituelle

**Les signes cliniques dépendent du siège, du volume et du stade évolutif du kyste**

# Paraclinique

**ASP:** Peut montrer un kyste calcifié se projetant dans l'aire hépatique

**Echographie abdominale:** Méthode de choix pour le diagnostic

Précise siège, contenu des kystes, leur nombre et les rapports vx et biliaires intrahépatiques






Type I: univésiculaire

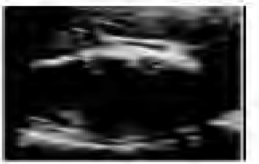
Type II: décollement total ou parcellaire des membranes



Type III: multivésiculaire



Type IV: lésion focale solide (pseudotumorale)



Type V: calcifié

Gharbi, Ann Radio 1985

**Scanner abdominal:** Non indispensable au diagnostic

*Indication:*

Difficultés diagnostiques à l'échographie

Différentier les lésions liquidiennes d'un kyste remanié et des lésions tissulaires nécrosées

Dans les complications thoraciques



**Cholangio-pancréatographie rétrograde par voie endoscopique:**

Opacification d'une éventuelle fistule kysto-biliaire

Indication est surtout thérapeutique :

SE ± DNB, permet le drainage des voies biliaires

**Autres examens radiologiques:**

**Imagerie par résonance magnétique:**

Caractériser certains kystes où la composante liquidienne s'accompagne de décollement des membranes (type II de Gharbi)

**Radiographie du thorax :**

Rechercher des localisations pulmonaires associées

**Examens biologiques:**

Immunoélectrophorèse / spécificité ++(présence d'arc 5) + ELISA / sensibilité++ = méthodes de choix

Ces 2 examens méritent d'être associés car permettant le diagnostic dans 80 à 95% des cas



Illustration : 1 - Non titrée



Illustration : 9 - Non titrée


Illustration : 3 - Non titrée

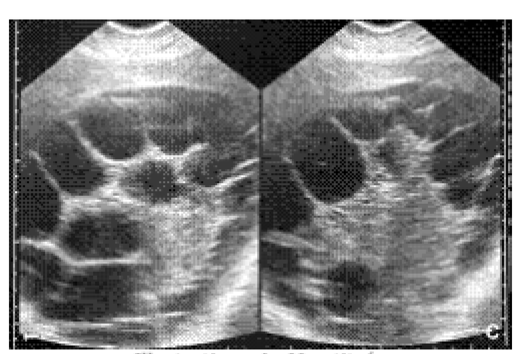


Illustration : 4 - Non titrée

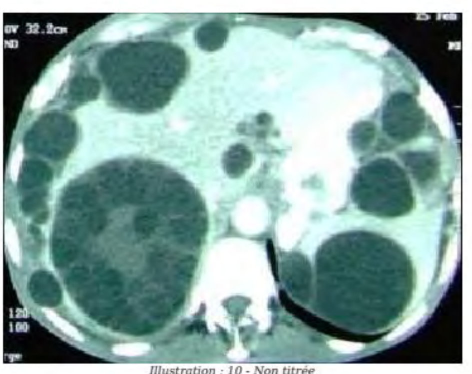

Illustration : 10 - Non titrée




*Illustration : 7 - Non titrée*

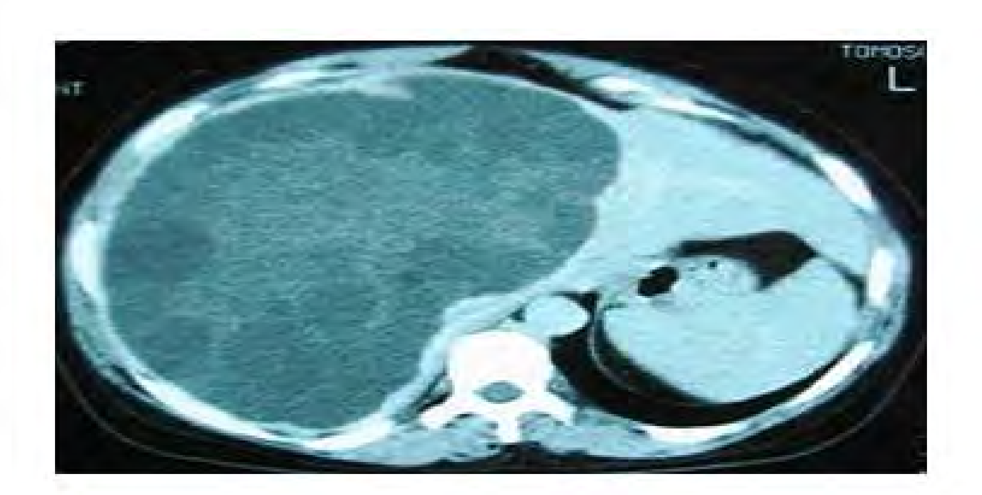


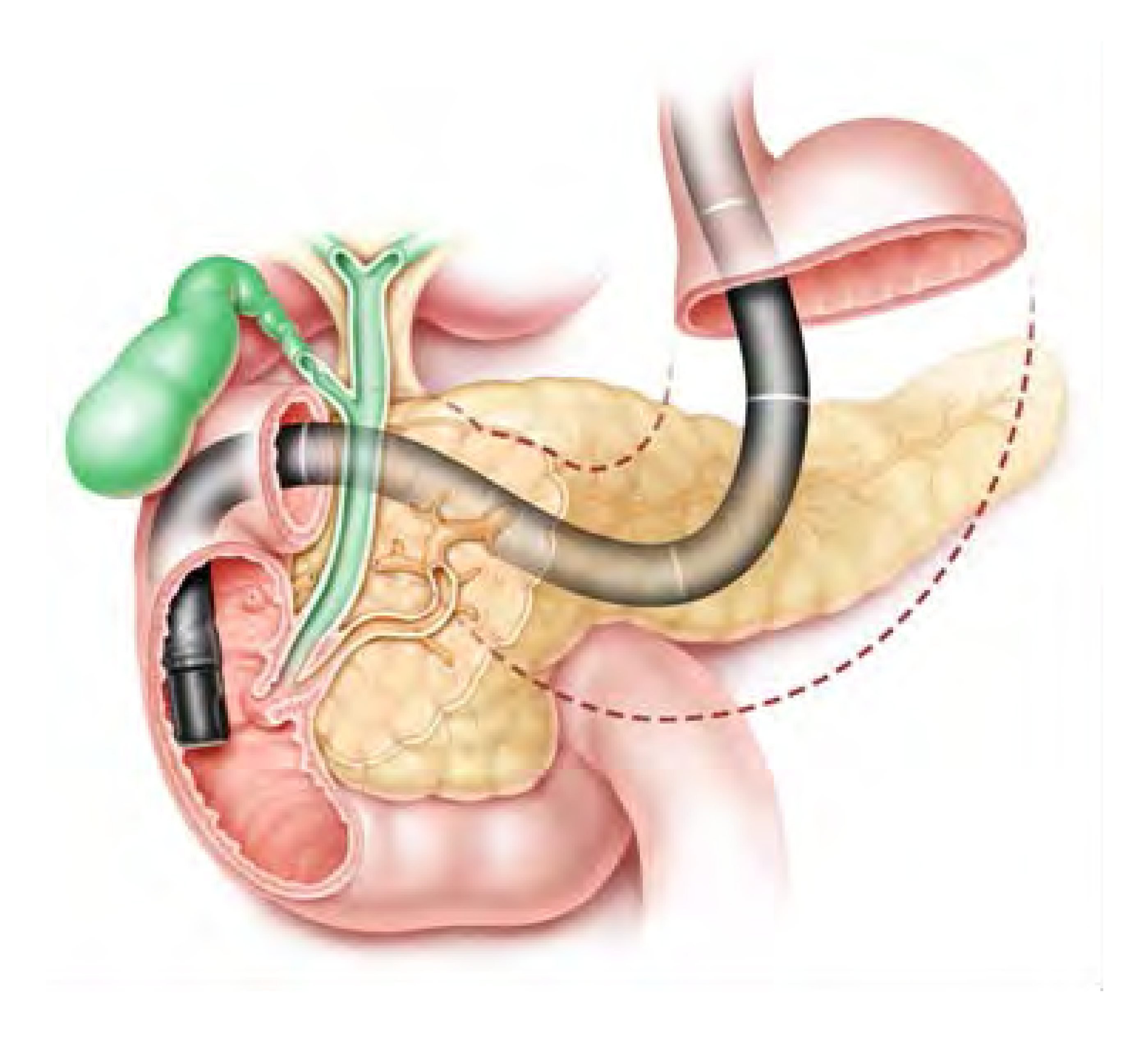


*Illustration : 8 - Non titrée*



*Illustration : 13 - Non titrée*

# CPRE



# FORMES CLINIQUES

**Formes selon la symptomatologie**

Forme asymptomatique: Infestation dès l'enfance : Expression clinique à l'âge adulte

Formes symptomatiques simples**:** pesanteur, HPMG

**Formes topographiques**

**kystes du dôme:** Par compression portale, entraînent une hépatomégalie lisse, homogène

**kystes antérieurs et inférieurs :** Masse de l'hypocondre droit arrondie rénitente, non douloureuse, mobile avec la respiration

**kystes à développement postérieur et central** ne sont pas palpables ( hépatomégalie)

# Formes compliquées

**Infection:** complication la plus fréquente

Douleurs épigastriques / basithoraciques peu intenses/accès fébriles

**Complications biliaires / Ouvertures dans les voies biliaires:**

Angiocholite aigue dans 2/3 des cas

Parfois, symptomatologie atypique / Fièvre / Prurit

Parfois, asymptomatique: A rechercher systématiquement en peropératoire

**Ouverture dans le thorax:**

**Ouverture dans le thorax**

| Sémiologie d'un épanchement pleural | Symptomatologie de broncho-pneumopathie |
| --- | --- |
| Douleur basithoracique / Dyspnée | Toux, expectoration purulente ou vomique |

**Ouverture dans le péritoine:** Rarement spontané, à la faveur d'un traumatisme même minime. **Pronostic redoutable**

# TRAITEMENT

**But:**

Supprimer le parasite

Prévenir les éventuelles complications liées aux fistules biliaires et à la cavité résiduelle

Supprimer les lésions associés

Prévenir les récidives

**Moyens :**

**Moyens médicaux:**

Albendazole :pendant 3 cures.

Taux de réponse de 75 % avec des modifications échographiques après 9 à 12 mois de traitement

**Radiologie interventionnelle / Traitement percutané / PAIR:**

Ponction aspiration et injection, d'un scolicide (sérum chloruré hypertonique), suivie d'une réaspiration (PAIR)

*Limites*: Inaccessibilité

Aspect très échogène du kyste (type II, IV et V de Gharbi), difficilement drainable

*Risques*: Choc anaphylactique – Angiocholite - Dissémination péritonéale

**Méthodes endoscopiques:**

Sphinctérotomie endoscopique, associée ou non à un drainage nasobiliaire: Traitement des complications biliaires du kyste hydatique du foie





Illustration : 17 - Non titrée



Illustration : 18 - Non titrée


Illustration : 20 - Non titrée

**Moyens chirurgicaux:**

**Vis-à-vis du parasite:**

**Règle fondamentale**:

Assurer la protection de la cavité péritonéale par des champs imbibés de scolicide: Sérum chloruré hypertonique, eau oxygéné

**Vis-à-vis du kyste:**

***Méthodes conservatrices* : Perikystectomie partielle / Résection du dôme saillant:**

Résection de la partie saillante du périkyste, et donc laissant en place une partie du perikyste,

***Méthodes radicales*:**

**Avantage:**

Suppression de la cavité résiduelle et de suturer, en tissu sain, une éventuelle fistule biliaire

**Perikystectomie totale:**

Principe: Ablation du périkyste, à kyste fermé ou ouvert

Nécessite un périkyste fibreux et épais

La bilistase directe en tissu sain assure un traitement efficace des fistules kysto-biliaires et prévient les fuites biliaires postopératoires

**Perikystectomie subtotale:**

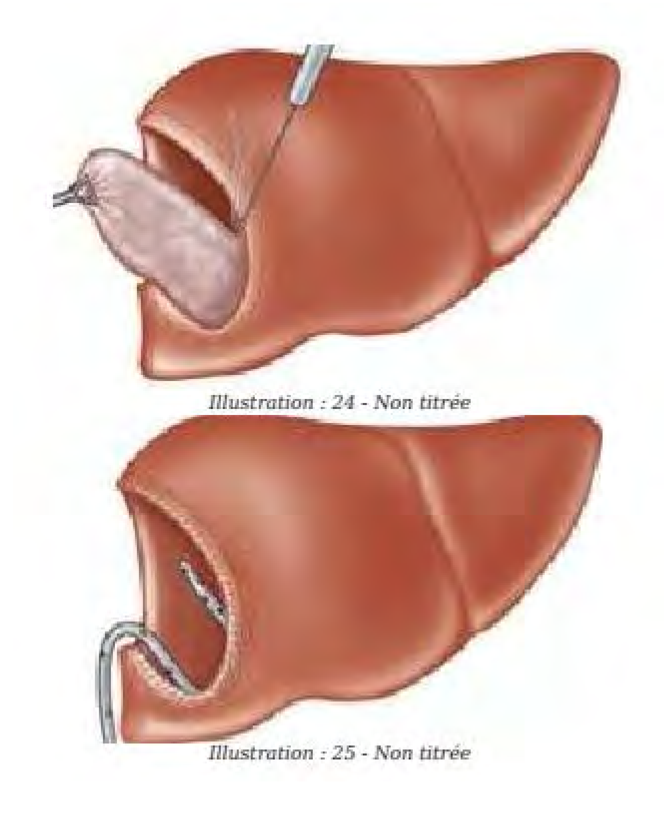
Laissant en place une petite partie du périkyste au contact d'un gros pédicule vasculaire ou biliaire

**La périkysto-résection:**

Résection du périkyste et d'un territoire parenchymateux plus au moins important et dont la vascularisation est compromise

**Hépatectomie réglée:**

Résection d'un ou plusieurs segments hépatiques, passant dans un plan scissural


Illustration : 24 - Non titrée
Illustration : 25 - Non titrée

**Vis-à-vis des fistules biliaires:**

**Fistules bilio-kystiques:**

Cholangiographie peropératoire → Matériel hydatique dans la VBP

Choledochotomie → Evacuation des mb hydatiques ou de calculs

→ Nettoyage des voies biliaires par du SSI

Contrôle de la vacuité des voies biliaires

Drainage biliaire (drain de Kehr ou drain transcystique)

Anastomose biliodigestive d'indication exceptionnelles

**Fistule biliaire:** plusieurs techniques / Suture – Reparation sur DDK – Fistulisation dirigée

**Vis-à-vis de la cavité résiduelle:**

Drainage

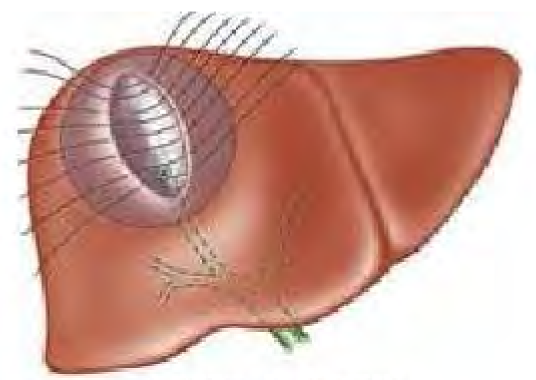
Capitonage + Drainage

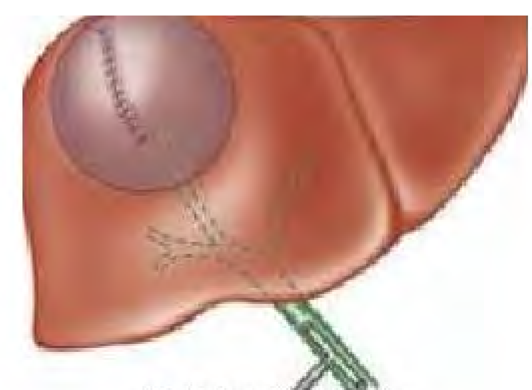
Omentoplastie (pediculisée sur le pedicule gastroépiploique droit+++ ou gauche)

Perikystectomie intralamellaire



Illustration : 48 - Non titrée


Illustration : 45 - Non titrée


Illustration : 46 - Non titrée

**Vis-à-vis des complications:**

**Complications thoraciques:**

**Rupture** → Drainage ou thoracotomie secondaire

**Localisation pulmonaire associée** → Thoracotomie première

**Compression vasculaire** / VSH, VCI →

TRT du kyste(Décompression)

Ponction de sauvetage (k central)

3 VSH comprimées Dérivation PC

## Indications

Choix dépend de plusieurs facteurs

Maladie / Aspects anatomo-cliniques

Malade / Terrain

Environnement
Plateau technique

## Qui traiter?

**Abstention** :

Ne se justifie que pour les kystes calcifiés, dont la taille est inférieure à 5 cm, non compliqués, et dont les tests immunologiques sont négatifs

Un contrôle échographique et immunologique annuel est nécessaire pour détecter une complications ou une réinfestation

**Traitement essentiellement chirurgical** dans les autres cas

**Quand traiter?**

**En urgence** → Cpc aigue / Angiocholite
Rupture dans le péritoine
Saignement

**A froid** → En dehors des situations d'urgence après préparation

**Comment traiter?**

**Voies d'abord** → Laparotomie → Sous costale droite
Mediane

→ Laparoscopie → k non cpc, ant, non vol, non commun. CB

→ Thoracotomie → Trt d'un KHP droit +K dome

**Bilan lésionnel per opératoire:**

**Exploration per opératoire** du foie et de toute la cavité abdominale permet d'évaluer l'extension des lésions

**Echographie per opératoire**, comme dans toute chirurgie hépatique est d'un grand apport

**Protection du champ opératoire:**

Utilisation d'un scolicide / Sérum chloruré hypertonique

kystes périphériques des segments II, III, IV et V à développement superficiel

↓

Perikystectomie totale par laparotomie ou éventuellement laparoscopie

Kystes périphériques à développement profond

↓

Perikystectomie partielle respectant la portion du périkyste au contact des gros vaisseaux tout en assurant la vacuité de la voie biliaire

Les kystes des segments II et III, volumineux, multivésiculaire

Périkysto-résection | Lobectomie gauche réglée

kystes postéro-supérieurs des segments VII et VIII (souvent compliqués par des fistules biliaires)

↓

Déconnection hépato-diaphragmatique + Résection large du dôme saillant + Omentoplastie

(morbidité postopératoire non négligeable / Suppuration et FBE)

Les kystes rompus dans la cavité péritonéale

↓

Traitement de l'état de choc + Lavage abondant de la cavité péritonéale + Traitement du KHF
traitement médical postopératoire à base d'albendazole doit être de mise.

**KHF + KHP**

Priorité du trt du KHP
Risque de rupture perop

Traitement en 1 temps
Double voie TX puis ABD

↓

Sujets supportant le geste



Hydatidose péritonéale → Véritables problèmes thérapeutiques

Une stratégie thérapeutique / Associant plusieurs temps et procédés thérapeutiques

La chirurgie reste de mise en cas de complications aiguës

Le traitement médical par L'albendazole permet de ralentir l'évolution des kystes

Traitement percutané + Albendazole → Malades en mauvais état général

**Complications postopératoires:**

Elles peuvent atteindre 40 %, surtout dans les formes compliquées

FBE+++ / Lorsqu'elle sont distales et terminales, elles se tarissent en principe spontanément au bout de quelques jours en l'absence d'obstacle sur les voies biliaires

Abcès sous phrénique

Hemoperitoine

**Le traitement préventif:**

L'hydatidose est une affection non immunisante et jusqu'à nos jours il n'existe pas de vaccin efficace chez l'homme

La réinfestation est possible d'où la nécessité d'actions préventives visant à interrompre le cycle évolutif du parasite par des mesures d'hygiène et le contrôle vétérinaire des abatages

# CONCLUSION:

Le kyste hydatique est une maladie des mains sales